

Idées audacieuses

Les 4 meilleures propositions présentées au Forum en médecine familiale 2023

La Tribune aux idées audacieuses du Forum en médecine familiale (FMF) met en évidence des concepts qui pourraient faire une différence dans la pratique clinique, le perfectionnement professoral, l'éducation postdoctorale ou prédoctorale, les soins aux patients et leurs résultats ou les politiques en matière de santé. Cette séance offre aux personnes et aux équipes une occasion de faire connaître de nouvelles idées, des réflexions novatrices et des développements en plein envol qui sont susceptibles de faire démarrer des changements. Les idées présentées au FMF sont choisies en fonction des notes accordées par des réviseurs. Les innovateurs sont invités à participer à la séance de la Tribune aux idées audacieuses pour présenter et défendre leurs idées. La participation de l'auditoire permet de classer les meilleures propositions. Voici les meilleures idées présentées au FMF de 2023.

Intervention pédagogique pour un problème de ressources en médecine (meilleure note)

En réponse à la crise en médecine familiale¹, l'Université Queen's à Kingston (Ontario) inaugure un nouveau campus dédié à la médecine familiale. Les étudiants répondront aux objectifs actuels du programme de médecine en suivant un cursus restructuré autour du cycle de la vie humaine. Après avoir participé à une unité de « transition vers la médecine », les étudiants apprendront à partir de cas construits autour des raisons courantes pour lesquelles de jeunes adultes consultent un médecin de famille, pour ensuite suivre des cours sur chaque étape de la vie, dont une unité qui insiste sur la complexité. Durant la deuxième année, ils revisiteront ces présentations plus en profondeur, tout en explorant de nouvelles présentations plus complexes selon l'angle de la médecine familiale. Ils apprendront en petits groupes avec des tuteurs spécialistes de la médecine familiale. Ils participeront tôt à des affectations variées dans la communauté, notamment des affectations longitudinales dans des pratiques en médecine familiale, une semaine « communautaire » et une affectation de 1 mois à la fin de la première année. Leurs postes de résidents en médecine familiale seront assurés une fois qu'ils auront terminé avec succès leur cursus en médecine.

Nous postulons que le fait d'enchaîner l'éducation médicale dans la médecine familiale dès le premier jour des études en médecine, en misant sur des enseignants experts en médecine familiale et en insistant sur une approche généraliste à l'endroit de la médecine, nos étudiants aspireront à gérer l'incertitude et à soigner les patients du berceau à la tombe dans de nombreux milieux différents. Parce que les étudiants

n'auront pas à participer au processus du Service canadien de jumelage des résidents, nous posons l'hypothèse qu'ils éprouveront moins de stress concernant leur planification de carrière et vivront une transition mieux intégrée vers la formation postdoctorale. Nous espérons que cette réforme du cursus commencera la lutte contre le curriculum caché durant la formation médicale prédoctorale². Même s'il faudra de nombreuses années pour mesurer la réussite sur le plan du nombre d'étudiants qui exerceront en définitive en tant que médecins de famille offrant des soins complets et globaux, nous mesurerons leurs expériences avec le curriculum caché plus tôt durant leur formation et nous évaluerons leur degré d'aisance au moment d'amorcer leur résidence et leur pratique autonome.

—Michelle Gibson MD CCFP(COE) FCFP
Kingston (Ontario)

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Michelle Gibson; courriel gibson0928@gmail.com

Références

1. Crise en médecine de famille. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2023. Accessible à : <https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/our-advocacy/crisis-in-family-medicine>. Réf. du 11 janv. 2024.
2. Mahood SC. Formation médicale. Prenez garde au curriculum caché [Commentaire]. *Can Fam Physician* 2011;57:983-5 (ang), e313-5 (fr).

Après l'ABCdaire pédiatrique, une place pour le ... XYZaire gériatrique?

Plusieurs outils cliniques structurés (OCS) facilitent la prestation de soins préventifs par les cliniciens de première ligne (CPL). On pense, entre autres, au programme de l'ABCdaire du CHU Sainte-Justine pour la santé des enfants, à Montréal (Québec); à l'acronyme HEADSS (habitation, éducation et emploi, activités en groupe de pairs, drogues, sexualité et idéation suicidaire ou dépression) pour la santé des adolescents¹; et à diverses fiches de contrôle pour les soins préventifs cliniques chez l'adulte. Nous avons remarqué qu'aucun OCS n'est utilisé à grande échelle pour les soins préventifs aux aînés. Pour remédier à la situation, nous avons effectué une revue exploratoire, notamment des consultations auprès d'experts. Nous avons pour but de cartographier les OCS existants en gériatrie et d'évaluer la faisabilité de leur utilisation en soins de première ligne. À la lumière de ces résultats, nous travaillons à développer un outil que les CPL pourront utiliser facilement avec leurs patients plus âgés. Dans la même veine que l'ABCdaire pédiatrique, nous développons le XYZaire gériatrique.

Nous croyons que le XYZaire permettra d'intégrer les soins préventifs aux aînés dans la pratique de la médecine familiale. Chutes, troubles cognitifs, dénutrition et

autres : quels sont les problèmes que doivent prioriser les CPL et comment les dépister? Nous travaillons à faire en sorte que le XYZaire réponde à ces questions. De plus, le XYZaire permettra d'harmoniser les pratiques en soins préventifs gériatriques, afin que chaque aîné reçoive les soins préventifs auxquels il a droit. Nous croyons également que le XYZaire pourrait être utilisé avec les apprenants en sciences de la santé comme référentiel éducatif sur les soins préventifs aux aînés. Nous avons reçu l'appui de plusieurs organisations et cliniques médicales pour débiter un projet pilote d'implantation du XYZaire une fois sa conception terminée. Nous pourrions ainsi évaluer de multiples aspects, dont la satisfaction des cliniciens et des patients et l'impact de cet outil sur l'incidence d'événements indésirables comme les chutes, les hospitalisations ou le déclin fonctionnel.

—Marie-Pier Villemure MD CCFP
Sherbrooke (Québec)

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance
D^{re} Marie-Pier Villemure; courriel marie.pier.villemure@usherbrooke.ca

Référence
1. Katzenellenbogen R. HEADSS: the "review of systems" for adolescents. *Virtual Mentor* 2005;7(3):231-3.

Guide d'application de la gérance environnementale en soins de longue durée

Les soins de santé sont à l'origine de 4,6 % des émissions de gaz à effet de serre au Canada¹ et ils sont déjà affectés par le changement climatique lui-même; par conséquent, il est nécessaire de toute urgence d'atténuer les émissions provenant des établissements de soins de santé et de leurs chaînes d'approvisionnement. En outre, les soins de longue durée (SLD) ont été touchés de manière disproportionnée par la pandémie de la COVID-19² et, compte tenu du vieillissement de la population de notre pays, il est plus impératif que jamais de soutenir et d'adapter les établissements de SLD. Nous avons produit 2 guides axés sur les hôpitaux et les établissements de SLD qui visent à éduquer les cliniciens au sujet des répercussions de leurs décisions sur le climat et à proposer des étapes importantes à suivre et des gestes concrets à l'intention des cadres supérieurs. Ces guides comblent les lacunes entre un désir évident d'atteindre la durabilité et les aspects pratiques de sa mise en œuvre. Les guides présentent des renseignements contextuels sur le changement climatique et les systèmes de santé, de même qu'une marche à suivre pour atteindre la durabilité. Comme pièce maîtresse figure une liste de vérification d'actions à entreprendre selon diverses catégories comme les administrations, les chaînes d'approvisionnement et, avant tout pour les cliniciens, la formation, les médicaments et les appareils.

Chaque examen et chaque médicament laisse sa propre empreinte carbone. Ces recommandations présentent aux cliniciens des façons simples d'adapter leurs

pratiques de sorte qu'elles favorisent naturellement une culture de durabilité, tout en diminuant l'empreinte carbone des établissements de soins de santé. De plus, plusieurs des mesures à prendre procurent des économies de coûts et celles qui exigent un investissement au départ entraînent souvent à long terme un retour sur l'investissement. Après avoir distribué ces guides et reçu des commentaires préliminaires, nous découvrons qu'en proposant des stratégies faciles à implanter, les dirigeants et les cliniciens peuvent aller au-delà de l'indécision et de l'incertitude et se concentrer sur des interventions à haut rendement, une stratégie qui, nous l'espérons, engendrera plus d'action et moins de retard dans la prise de décisions. En outre, nous insistons sur la participation des résidents aux initiatives visant la durabilité, ce qui entraîne l'avantage additionnel de favoriser l'inclusion sociale, le bien-être et l'engagement communautaire.

—Neha Mathur
—Emma Ko BMSc
Hamilton (Ontario)

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance
Neha Mathur; courriel neha.mathur@medportal.ca

Références
1. Eckelman MJ, Sherman JD, MacNeill AJ. Life cycle environmental emissions and health damages from the Canadian healthcare system: an economic-environmental epidemiological analysis. *PLoS Med* 2018;15(7):e1002623.
2. *Incidence de la COVID-19 sur les soins de longue durée*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2021. Accessible à : <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/soins-de-longue-duree>. Réf. du 10 janv. 2024.

Formulation d'une théorie de l'expertise adaptative pour la médecine familiale

Le système de santé en rapide évolution oblige les médecins à s'adapter et à innover. Il a été proposé de restructurer l'éducation médicale pour mettre l'accent sur la formation des cliniciens en vue de devenir des experts adaptatifs¹. Au contraire de l'expertise systématique, l'expertise adaptative est une métacompétence essentielle pour transiger avec des situations cliniques ponctuées d'ambiguïté et d'incertitude. L'expertise adaptative va au-delà de l'expertise systématique et comporte de reconnaître l'écart entre une nouvelle situation dans l'immédiat et des situations semblables plus routinières. Même s'il existe quelques cadres conceptuels de l'expertise adaptative élaborés au sein des professions de la santé, il n'en existe pas qui soit spécifique à la médecine familiale. L'élaboration d'une telle théorie a d'importantes répercussions sur la formation en médecine familiale fondée sur les compétences et elle est essentielle pour définir le construit théorique nécessaire à une évaluation rigoureuse. Nous proposons de mettre en application la méthodologie de construction d'une théorie élaborée par Borsboom et ses collègues² pour formuler une théorie de l'expertise adaptative dans le contexte de l'exercice de la médecine familiale.

La méthodologie de construction d'une théorie de Borsboom et ses collègues est suivie de manière heuristique en effectuant une série de 5 étapes séquentielles². À l'étape 1, on détermine le domaine du phénomène empirique qui devient la cible de l'explication. À l'étape 2, une protothéorie, soit un ensemble de principes théoriques qui expliquent putativement le phénomène empirique, est ensuite développée, et ce, par raisonnement abductif. La protothéorie donne un aperçu de la façon dont le phénomène se produirait si la théorie s'avérait. À l'étape 3, le modèle formel est construit. À l'étape 4, une investigation est effectuée pour déterminer si le modèle peut expliquer adéquatement le phénomène empirique. À l'étape 5, une investigation systématique de la valeur globale de la théorie est réalisée en évaluant si les phénomènes identifiés sont reproduits fidèlement et si les principes explicatifs sont suffisamment parcimonieux et substantiellement plausibles. Des exemples seront fournis pour chaque étape dans le but d'illustrer comment une théorie de l'expertise adaptative pour la médecine familiale pourrait être construite et évaluée.

—Brian J. Hess PhD
Mississauga (Ontario)

—Nathan Cupido MSc
Toronto (Ontario)

—Shelley Ross PhD
Edmonton (Alberta)

—Nancy Fowler MD CCFP FCFP
Mississauga (Ontario)

—Brent Kvern MD CCFP FCFP
Mississauga (Ontario)

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D' Brian J. Hess; courriel bhess@cfpc.ca

Références

1. Mylopoulos M, Kulasegaram K, Woods NN. Developing the experts we need: fostering adaptive expertise through education. *J Eval Clin Pract* 2018;24(3):674-77.
2. Borsboom D, van der Maas HLJ, Dalege J, Kievit RA, Haig BD. Theory construction methodology: a practical framework for building theories in psychology. *Perspect Psychol Sci* 2021;16(4):756-66. Publ. en ligne du 16 févr. 2021.

Ces résumés ont fait l'objet d'une révision par des pairs.

Can Fam Physician 2024;70:87-8 (ang), 91-3 (fr). DOI: 10.46747/cfp.700291

This article is also in English on **page 87**.

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.